

FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIERE
UNIVERSITE PARIS VII

ANNEE 1970

1971

THESE

N^o

2

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Charles CUKIERMAN

Né le 6 Janvier 1940 à PARIS XIIe

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . 1971 . . .

CONTRIBUTIONS A L'ETUDE DES APPLICATIONS

DE FORCEPS EN VARIETE POSTERIEURE

(Etude de cent cas en une série continue
de 5600 accouchements).

Président : Mr. MORIN, Professeur.

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIERE
UNIVERSITE PARIS VII

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Charles CUKIERMAN

Né le 6 Janvier 1940 à PARIS XIIe

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

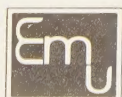
CONTRIBUTIONS A L'ETUDE DES APPLICATIONS

DE FORCEPS EN VARIETE POSTERIEURE

(Etude de cent cas en une série continue
de 5600 accouchements).

Président : Mr. MORIN, Professeur.

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A ma femme

A mes fils

A la mémoire de mon Père

A ma Mère

A ma Famille

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur MORIN
Chef de Service de la Maternité
de l'Hôpital LARIBOISIERE

Qui nous a fait l'honneur de
présider cette thèse.

A nos Maîtres en Obstétrique

Monsieur le Docteur TORRE

Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital
de Neuilly

Qui nous a confié le sujet
de cette thèse et nous a
guidé dans sa réalisation.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre reconnaissance pour
tout ce qu'il nous a appris
et pour tout ce qu'il conti-
nue à nous apprendre.

Monsieur le Professeur HERVET

Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital
TENON

En respectueux hommage
d'admiration et de gratitude.

Monsieur le Docteur JAMAIN

Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital
BICHAT

Qui nous a accueilli encore
néophyte dans son service,
fait aimer l'obstétrique, et
qui depuis a toujours bien
voulu nous aider et nous
conseiller.

A ceux qui nous ont accueilli comme Interne
dans leur service.

- Monsieur le Docteur CRIMAIL
- Monsieur le Docteur AUCLAIR

- Monsieur le Docteur BOUCCARA
- Monsieur le Docteur SARFATI

Assistants des hôpitaux qui nous
ont enseigné avec une compétence et une patience
jamais démenties.

A mes Maîtres d'Externat.

Monsieur le Docteur GUENIN

Monsieur le Docteur BETOURNE

Monsieur le Professeur BOURGEOIS

Monsieur le Docteur MARLAND

Monsieur le Docteur LEBOURG

En témoignage de reconnaissance.

I N T R O D U C T I O N

Notre étude porte sur 100 applications de forceps en variété postérieure dans une série continue de 5600 accouchements.

Le problème des applications en occipito-postérieur nous semble intéressant car :

- Dans le cadre des forceps, sa fréquence est importante. Il intéresse essentiellement la primipare, et l'expérience montre que lors des grossesses ultérieures, ces femmes accouchent normalement dans l'immense majorité des cas sans que l'extraction instrumentale ait à être renouvelée ; c'est d'emblée mettre l'accent sur un facteur capital, que le forceps considéré plus comme un instrument de reposition que comme un instrument de traction, est susceptible de corriger :

le défaut de rotation de la tête, le plus souvent à la partie moyenne de l'excavation.

Ce rôle de reposition est démontré dans les cas où après rotation et flexion de la tête, les cuillères sont ôtées, la femme réveillée, l'accouchement se produit alors spontanément ; l'excavation se laisse aisément franchir après correction de l'orientation et de la flexion.

- C'est un forceps qui a mauvaise réputation, on lui reproche de ne pas saisir la tête suivant l'axe occipito-mentonnier d'une part, de ne pas permettre d'exercer des tractions suivant l'axe de l'excavation d'autre part, et par là même d'être traumatisant pour le fœtus.

Nous avons vu que le forceps devait être considéré d'abord comme un instrument d'orientation de la tête dans une attitude permettant une prise et une traction dans des conditions favorables, quant à la hauteur de l'application dans l'excavation, il semble que ce soit très souvent le défaut de rotation qui est responsable du défaut de progression, et que celui-ci étant corrigé la descente de la tête devient habituellement plus facile.

Un exemple de la nécessité d'une rotation haute dans des circonstances obstétricales différentes, est fourni dans les cas de la présentation de la face.

Les statistiques d'ailleurs ne justifient pas entièrement ce pessimisme puisque dans une série de 659 forceps, l'une d'elle donne une morbi-natalité de 3,26 pour 100 pour les applications en occipito-pubienne et les variétés antérieures réunies et 2,43 pour 100 pour les applications en variété postérieures, la morbidité étant de 21,4 pour 100 dans les premières pour 27,5 pour 100 dans les variétés postérieures, encore que dans cette morbidité entrent des éléments de gravité très inégale comme la paralysie faciale, qui dans notre série a toujours été bénigne et d'évolution rapidement régressive, ou un syndrome méningé, une atteinte cérébrale, de pronostic autrement péjoratif.

Il est évident que l'inocuité ou le danger dans l'utilisation du forceps est conditionné dans une grande mesure par l'expérience de l'opérateur, et qu'une même application haute par exemple peut faire regretter à posteriori une intervention césarienne alors qu'une technique plus appropriée aurait fait reconnaître plus rapidement les dangers de la voie basse ou au contraire, celle-ci étant jugée acceptable, permis une extraction bien moins traumatisante.

Le forceps ne doit en aucun cas concurrencer la césarienne, leurs indications sont spécifiques, c'est là encore un problème d'expérience, notamment dans la conduite d'une éventuelle épreuve du travail qu'il faudra juger avant que la voie haute ou que l'extraction instrumentale ne deviennent des solutions aussi peu satisfaisantes l'une que l'autre.

Il faut enfin insister sur la nette diminution de fréquence des forceps à la partie haute de l'excavation. Cette diminution semble due d'une part à l'extension des indications de la césarienne lorsque l'épreuve du travail n'est pas rapidement concluante, d'autre part à l'augmentation très importante des indications de perfusion qui combiné aux antispasmodiques, voire pour certains à une conduite de la fin de l'accouchement sous anesthésie légère, relâche le tonus musculaire, corrige les dystocias dynamiques et permet à des têtes qui naguère stagnaient longuement à la partie haute ou moyenne de l'excavation de descendre et de tourner plus aisément.

Mais ce n'est pas toujours le cas comme en témoigne notre série, et si une césarienne est préférable à un forceps traumatisant, un grand nombre de ceux-ci ne devraient pas l'être si une technique correcte excluant toute manoeuvre de force était appliquée, et c'est là essentiellement un problème d'enseignement.

GENERALITES

Sur 5603 accouchements, il a été pratiqué 230 opérations césariennes, 389 extractions par forceps dont 101 applications en variété postérieure.

Le pourcentage de césariennes est donc de 4,3 pour 100 ce qui correspond aux chiffres moyens donnés dans les différentes statistiques.

Les extractions par forceps représentent 6,9 pour 100 et les prises en variété postérieure, 1,7 pour 100 de ces accouchements, mais ces dernières forment 25,6 pour 100 de l'ensemble des forceps ;

Un forceps sur quatre a été une application en variété postérieure, c'est donc une éventualité relativement fréquente dans les indications du forceps.

Les forceps utilisés furent :

- le Tarnier 68 fois
- le forceps de Démelin (le D8), ou plus rarement son dérivé direct le forceps de Suzor, 33 fois. L'un et l'autre pratiquement toujours employés avec des lacs.

Ces chiffres reflètent surtout les habitudes de l'opérateur, avec la réserve toutefois que le Tarnier fut utilisé avec une fréquence maximum dans les applications à la partie moyenne (43 fois) et basse (14 fois) alors que le Démelin a été réservé aux applications à la partie haute et moyenne.

Rappelons que le forceps de Tarnier est un forceps divergent, croisé, son articulation implique une pénétration identique des cuillères dans l'excavation. Les tractions exercées par l'intermédiaire du palonnier mobile dans toutes les directions, sont transmises par des tiges de traction articulées à la base des cuillères.

L'axe de traction est indiqué par la direction des branches, le palonnier devant rester à deux travers de doigt au-dessous de celles-ci, et se relève progressivement

au dernier temps de l'extraction.

C'est le forceps le plus utilisé dans la région parisienne. Ses avantages sont bien connus. On lui reproche la préhension limitée à l'extrémité du rostre et un "glissement de traction avant que la prise ne soit assurée", l'impossibilité d'enfoncer inégalement les cuillères pour corriger progressivement une attitude défectueuse, asynclitisme par exemple.

Le forceps de Démelin ou de Suzor, à branches convergentes est théoriquement mieux adapté aux applications en variété postérieure surtout à la partie moyenne ou haute de l'excavation.

Les lacs passés dans les fentes des jumelles postérieures (jumelle qui recouvre le pavillon de l'oreille) transmettent les tractions le plus près possible du centre de mobilité de la tête ; la zone d'application sur celle-ci n'est plus le rostre mais le plat des cuillères, la compression de la tête foetale est moindre, le glissement de traction est supprimé. Surtout le jeu des cuillères peut être indépendant, les mouvements transmis par l'un ou l'autre lacs, enfin la prise peut être asymétrique sur une variété mal fléchie ou asynclite.

La rotation : le rôle du forceps comme agent de rotation de la tête nous semble très important. Cette rotation a toujours été tentée précocement, une deuxième application en variété antérieure permet une traction se rapprochant davantage des conditions idéales théoriques, sur une tête mieux fléchie suivant l'axe occipito-mentonnier.

L'extraction est d'ailleurs facilitée après la rotation :

- sur 100 applications, une extraction en occipito-sacré est notée 19 fois, avec deux fois mention d'un échec de la tentative de rotation et une fois retour en occipito-sacré après une grande rotation.

69 grandes rotations sont mentionnées. Dans près de trois cas sur quatre, le dégagement s'est effectué en occipito-pubienne.

La technique de rotation avec le forceps de l'arrière est bien connue, nous rappellerons celle de Démelin telle qu'elle est indiquée dans "les mains de fer"

"Tête en O.I.D.P. mal fléchie : les lacs seront insérés aux jumelles postérieures seulement puisque si elles sont correctement placées, leurs fentes recouvriront de chaque côté, les pavillons de l'oreille.

Main guide faisant pénétrer quatre doigts dans la vulve afin de protéger le col.

Si la branche droite (antérieure) est bien appliquée, elle doit tenir seule en place sans le secours d'un aide.

Branche gauche seconde, tenue de la main gauche, enfoncée directement à sa place (à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit) et glissé sur la main droite guide.

Déroulement des lacs, articulation.

Extraction. S'il y a flexion incomplète, il faudra, toujours procédant par petits mouvements, commencer par faire de la flexion en agissant sur les manches de la pince, en d'autres termes, la soulever par la traverse et la porter en avant et à gauche (par rapport à la femme). La traction directe sur les deux lacs rassemblés en une seule main au-dessous des manches, à trente centimètres de la vulve, peut aussi appuyer le front sur l'arc antérieur et contribuer à la flexion ; puis abaissement du pariétal postérieur par traction douce sur le lacs postérieur. Ensuite action sur le lacs antérieur nouveaux essais de flexion et ainsi de suite.

Quand on aura réussi à abaisser la tête autant que possible, on tentera la rotation interne. Les rubans tracteurs sont déroulés. L'opérateur en tient un dans chaque main, à la distance de deux pas - 1 mètre 50 - de leurs attaches aux cuillères. Le but est de faire tourner l'occiput en avant, et le moyen, d'agir sur les deux bouts de la traverse. Dans cette intention, le lacs postérieur (gauche par rapport à la femme) est amené au-dessus de la traverse pour qu'il s'accroche et se réfléchisse sur la vis gauche de la traverse, et être tiré en bas et en arrière par la main droite. En même temps, le lacs antérieur (droit par rapport à la femme) se réfléchit en s'épaulant à la tige de la vis droite, pour être tiré en avant et en haut par la main gauche. Peu à peu, la combinaison de ces menus efforts, exercés à distance, réussit à accomplir la rotation"

- Parité :

80 fois il s'est agi de primipares qui représentent donc la très grande majorité de ces applications. L'indication du forceps, du moins en ce qui concerne les variétés postérieures décroît très vite tandis que s'élève la parité.

- 80 pour 100 primipares
- 14 pour 100 de deuxièmes pares
- 4 pour 100 de troisièmes pares
- 2 pour 100 de cinquièmes pares
- 1 pour 100 de sixièmes pares

Peut être faut-il faire intervenir dans le grand nombre de défaut de rotation chez la primipare la tonicité des parties molles, et la fréquence de dystocies dynamiques plus ou moins bien corrigées par la perfusion d'ocytocique.

- Perfusion :

Une perfusion a été posée dans 60 cas, soit au cours d'une épreuve du travail, soit comme perfusion de descente en espérant un complément de flexion et une rotation spontanée.

- Niveau de l'application :

La situation de la présentation dans l'excavation au moment du forceps était ;

- Partie haute : 27 fois
- Partie moyenne : 55 fois
- Partie basse : 17 fois

La hauteur dans l'excavation en fonction de la parité est représentée dans le tableau n° 1

	Ipares	IIpares	IIIpares	IVpares	Vpares	VIpares
Partie haute	20	6				1
Partie Moyenne	46	5	2		2	
Partie basse	15	2				

Tableau n° I

- Les indications :

Les indications se groupent en trois grandes rubriques

- foetales
- maternelles
- extractions systématiques

En fait elles sont le plus souvent intriquées, les efforts inefficaces liés au défaut de rotation, l'arrêt de progression entraînant à plus ou moins longue échéance des signes de souffrance foetale.

Il fut pratiqué II extractions systématiques pour :

- 2 rétrécissements mitraux
 - 3 utérus cicatriciels
 - 2 hypertensions artérielles
 - 3 tuberculoses pulmonaires
 - I néphropathie interstitielle sur rein unique.
- La souffrance foetale a été jugée sur :
- le liquide amniotique teinté qui laisse présumer la souffrance foetale sans préciser la date de survenue
 - les modifications des bruits du coeur foetal ; ralentissement ou tachycardie marquée

Cette indication est relevée 22 fois, mais il faut insister sur la fréquence de l'association : - Défaut de progression - Apparition plus ou moins rapide des signes de souffrance.

Le tableau n° 2 résume les indications en fonction de la parité.

	Ipare	IIpares	IIIpares	IVpares	Vpares	VIp.
non progression	54	8	4			I
Souffrance foetale	I6	3	I		2	
Extraction systématique	8	3				

Au total, le cas le plus fréquent est réalisé par l'application de forceps en variété postérieure, à la partie moyenne de l'excavation chez la primipare, pour défaut de progression.

- Variété de position :

Les occipito-iliaques droites postérieures furent les plus souvent rencontrées : 56 cas, mais 35 occipito-iliaques gauches postérieures sont relevées ce qui est plus important que les chiffres donnés habituellement, cette position est plus fréquente si on y pense ; il avait été demandé de vérifier soigneusement la variété de position avant l'application. 9 fois il s'agissait d'une occipito-sacrée, sans qu'il soit précisé si elle venait d'une gauche ou d'une droite postérieure, ou s'il s'agissait

d'une position d'engagement.

- Poids des enfants :

15 enfants pesaient moins de 3000 grammes

43 enfants présentaient un poids supérieur à 3500 grammes,
et 11 égal ou supérieur à 4000 grammes.

43 avaient un poids compris entre 3000 et 3500 grammes

Près de la moitié des enfants pesaient donc plus de 3500 grammes et cette notion de léger excès de poids explique peut être la nécessité d'une bonne flexion et d'une orientation correcte.

MORBIDITE - MORTALITE FOETALE

La morbidite foetale

La morbidité foetale néo-natale groupe des états pathologiques de gravités très variable.

Nous ne possédions pas pour juger de l'état à la naissance de cotation type APGAR, aussi avons nous pris comme critères :

- L'état de l'enfant à la naissance jugé sur la nécessité ou non d'une réanimation respiratoire, la durée de cette réanimation.
- L'examen pratiqué par le pédiatre le jour ou le lendemain de la naissance.
- L'évolution durant l'hospitalisation maternelle
- L'état de l'enfant à la sortie, tous les enfants étant vus quotidiennement par le pédiatre.

En dehors d'un traumatisme évident à la naissance, nous considérons comme témoignant d'une morbidité grave toute réanimation ayant dépassé trois minutes, et pouvant faire craindre des séquelles neurologiques susceptibles de se manifester secondairement.

La morbidité que l'on peut qualifier de bénigne groupe :

- Les paralysies faciales, qui toutes se sont révélées transitoires, mais qui témoignent d'une prise asymétrique, une cuillère appuyant sur la région mastoïdienne.
- Les céphalématomes qui se sont également révélés d'évolution bénigne. Alors que leur fréquence est classiquement de 1 à 2 pour 100 des accouchements, que celui-ci soit considéré comme normal, ou traumatique, elle s'élève dans notre série à 7 pour 100, soit une fréquence de 3 à 4 fois plus élevée ; nous y reviendrons.

La morbidité globale s'élève à 19 pour 100 que l'on peut décomposer en :

- Morbidité grave : 4 pour 100
- Morbidité bénigne : 15 pour 100
- 8 pour 100 de paralysies faciales
- 7 pour 100 de céphalématomes

Morbidité grave : 4 cas

1/ Primipare de 25 ans. Forceps à la partie haute pour modification des bruits du coeur foetal. Double circulaire serrée, enfant hypotonique, réanimation 3 minutes. Suites simples.

2/ Primipare de 21 ans - Terme dépassé - Forceps de Tarnier à la partie haute pour souffrance foetale (ralentissement des bruits du coeur ; liquide méconial) fille de 4050 grammes criant après courte réanimation. Apparition secondairement de contractures, enfant geignard ; passage en pédiatrie.

3/ Primipare de 35 ans. Terme théoriquement dépassé de 13 jours. Liquide méconial, altération des bruits du coeur foetal. Forceps de Tarnier à la partie moyenne. Garçon de 2690 grammes réanimé. Souffrance foetale ancienne, cordon et membranes imbibés de méconium. Au 4ème jour, ponction lombaire sanglante.

4/ Primipare de 35 ans. Forceps de Tarnier à la partie haute. Extraction en occipito-sacrée d'un garçon pesant 3650 grammes, criant après courte réanimation. Atteinte du plexus brachial gauche vraisemblable. Dans les suites, épisodes de cyanose au 8ème jour. Ponction lombaire : liquide xanthochromique. Régression de la paralysie de 50 pour 100 à la sortie, bon état par ailleurs.

Sur ces quatre cas de morbidité grave, dans trois cas il existait une souffrance foetale qui fut l'indication à l'application du forceps.

Dans l'observation n° 1, il semble s'être agit d'une souffrance foetale aiguë du travail due à la circulaire serrée. Cette souffrance a été écourtée par l'extraction rapide, puisque la situation foetale a été normalisée après une réanimation simple de trois minutes et que l'évolution par la suite a été constamment favorable.

Les trois observations suivantes témoignent vraisemblablement d'une hémorragie cérébrale.

Survenant chez un foetus fragilisé dans l'observation n° 3 où se groupent des facteurs de mauvais pronostics :

Terme dépassé et liquide méconial témoignant ici d'une souffrance chronique chez un foetus hypotrophique, primipare âgée.

L'observation n° 2 semble relever d'une disproportion foeto-pelvienne, encore qu'aucune difficulté ne soit notée au cours de l'extraction précédée d'une grande rotation ; là encore il s'agissait d'une grossesse prolongée avec liquide méconial, mais le volume foetal a été un facteur aggravant très probable qui justifiait à postériori une césarienne.

La dernière observation intéresse une primipare de 35 ans chez qui l'élément traumatisant semble avoir été la longueur excessive du travail (10 heures de perfusion). La décision d'extraction aurait dû être prise plus tôt en l'absence d'évolution de la tête et avant que n'apparaissent des signes patents de souffrance foetale ; soit intervention césarienne d'emblée, soit tentative prudente de rotation et d'extraction avec recours immédiat à la voie haute en cas d'échec.

Le facteur temps entre le moment de l'engagement et le moment de l'extraction joue un rôle capital dans l'apparition et la gravité de la souffrance foetale.

Le défaut d'évolution intra-pelvienne de la tête foetale en variété postérieure justifie une tentative de correction qui doit être suffisamment précoce ; dans nos quatre cas il s'agit de primipares et deux fois de primipares âgées, la stagnation de la tête qui effectue difficilement sa rotation dans l'excavation est une cause certaine de souffrance foetale. C'est ce temps dangereux que le forceps doit écourter, de manière à ne pas laisser passer le délai d'une conduite de choix pour aboutir à une conduite de nécessité plus dangereuse.

Morbidité bénigne :

- Les céphalématomes : Sept céphalématomes sont notés dans les suites.

Cette augmentation de fréquence semble devoir être imputée en partie au forceps, mais surtout aux conditions mêmes de l'accouchement.

"Quant à l'étiologie des céphalématomes, elle reste assez obscure et la multiplicité des causes invoquées s'oppose à sa relative rareté. Il convient de signaler cependant à ce propos que les enfants de primipares sont plus souvent porteurs de céphalématomes que ceux de multipares..... On fait intervenir aussi comme cause prédisposante, le volume exagéré de la tête, l'insuffisance de l'ossification, la dolichocéphalie, la présence de cheveux, la rupture prématurée des membranes, les présentations postérieures du sommet,"

- Pigeaud

Chauvet -

Au moins trois facteurs ont été constamment retrouvés dans nos cas :

La primiparité, le poids des enfants (tous avaient un poids égal ou supérieur à 3500 grammes). La présentation en variété postérieure.

Tous ces céphalématomes ont rapidement régressé, ne s'accompagnant jamais de signes neurologiques.

- Les paralysies faciales : Huit ont été relevées, de même que les céphalématomes, toutes ont été d'évolution bénigne, ayant disparu ou très nettement régressé à la sortie de l'enfant.

Il ne semble pas y avoir de corrélation entre l'existence de ces paralysies, le poids de l'enfant, l'existence ou l'absence d'une grande rotation.

Mortalité foetale.

Deux cas dans notre série.

I/ Primipare de 15 ans. Application de forceps en gauche postérieure à la partie moyenne de l'excavation pour souffrance foetale et non progression. Grande rotation, extraction d'un garçon mort-né, pesant 3330 grammes, non réanimable.

Perfusion deux heures, expulsion supérieure à une heure quinze.

2/ Primipare de 24 ans. Hypertension artérielle du dernier trimestre. Application à la partie haute, tête très asynclite. Tentative d'extraction en occipito-sacré ; échec. Rotation facile en occipito-iliaque gauche antérieure, extraction facile d'une fille pesant 3320 grammes hypotonique, respirant après 10 minutes de soins. Enfant décédé 4 heures plus tard.

Perfusion 2 heures, expulsion 30 minutes.

Radiopelvimétrie : inter-épineux 9 centimètres.

La première observation souligne encore la gravité de la stagnation de la tête foetale dans l'excavation ; Expulsion supérieure à une heure quinze chez une primipare de 15 ans.

L'engagement de la tête s'effectuant dans des délais raisonnables, la stagnation par défaut de rotation doit être rapidement corrigée ; l'évolution intra-pelvienne de la tête semble bien être un temps dangereux pour le fœtus, temps qu'il ne faut pas laisser se prolonger si on veut extraire un enfant dans de bonnes conditions.

La seconde observation concerne une primipare présentant une toxémie gravidique et un bassin vraisemblablement limite comme en témoigne l'asynclitisme très marqué, et la radiopelvimétrie faite secondairement.

Il faut noter que la tentative d'extraction en occipito-sacré s'est soldée par un échec, et que la situation a été transformée après rotation. Le défaut de rotation a joué un rôle primordial dans l'arrêt de la progression, l'excavation laissant passer sans peine une tête fléchie en variété antérieure mais s'opposant au passage d'une variété postérieure mal fléchie.

Dans ces deux cas, il ne semblait pas exister de dystocie osseuse véritable, mais une viciation du mécanisme qui tend à placer spontanément la tête dans une position favorable. L'absence de correction de cette anomalie entraîne un blocage du travail extrêmement dangereux pour l'enfant s'il se prolonge de façon importante ; près de deux heures dans la première observation, ou même simplement notable (trente minutes dans la seconde observation) s'il s'y ajoute une fragilité particulière du fœtus (toxémie gravidique).

MORBIDITE - MORTALITE MATERNELLE

Morbidité maternelle :

Elle comporte essentiellement

- les déchirures périnéales.
- les hémorragies de la délivrance.

Les déchirures périnéales : nous n'envisageons que les périnés complets et complets et compliqués.

Quatre cas sont relevés.

Dans trois cas il s'agissait de primipares, les poids des enfants étaient respectivement : 3600, 3970, 4320 grammes. Le quatrième cas intéresse une deuxième pare, avec un enfant pesant 3880 grammes, extrait en occipito-sacré.

Dans tous les cas, il s'agit d'enfants de poids élevé, avec très souvent comme circonstance aggravante une longue phase d'expulsion, avant l'application du forceps, entraînant un oedème et une fragilité particulière de la région vulvo-périnéale.

Il n'y eut pas dans notre série de complications secondaires, désunions ou fistules, tous ces périnées étaient cicatrisés au moment de la sortie.

Les hémorragies de la délivrance : nous avons relevé cinq hémorragies de la délivrance nécessitant un traitement anti-choc.

Quatre fois il fut pratiquée une révision utérine systématique, l'examen du placenta s'étant révélé normal. Une fois, il s'agit de la sixième pare, une délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta.

Les suites ont toujours été simples. Un facteur intervient peut être dans la genèse de ces hypotonies utérines post-partum ; l'anesthésie, d'autant qu'il s'agissait parfois d'anesthésie au chloroforme, aujourd'hui abandonnée.

Mortalité maternelle.

Un cas de mort maternelle par insuffisance rénale aiguë (nécrose corticale bilatérale) après hémorragie par afibrinogénémie.

- Primipare de 23 ans, forceps de Démelin à la partie moyenne en occipito-iliaque gauche postérieure. Asynclitisme très important. Réduction de l'asynclitisme, grande rotation, extraction d'un garçon pesant 3310 grammes respirant et criant aussitôt.

Hémorragie maternelle. Révision utérine. Sang incoagulable, traitement et passage en réanimation.

Mort au quatrième jour dans un tableau d'insuffisance rénale aiguë. Autopsie : nécrose corticale bilatérale.

Deux éléments peuvent être discutés à l'origine de ce syndrome : l'extraction instrumentale, on l'a accusé d'être un facteur favorisant l'apparition d'une fibrinolyse, mais celle-ci peut apparaître en d'autres circonstances obstétricales ; la longueur de la phase d'expulsion (1 heure 20) avant que ne soit posée l'indication du forceps.

Ces deux facteurs ont pu jouer un rôle dans l'apparition du syndrome hémorragique, il est en fait bien difficile d'en faire la preuve, mais il reste qu'il s'agissait d'un accouchement laborieux, dont le dernier temps a été anormalement long.

C O N C L U S I O N S

Le cas habituel est celui de la primipare chez laquelle la rotation en avant de la tête foetale ne s'effectue pas et qui présente un arrêt de la progression, le plus souvent à la partie moyenne de l'excavation, avec un fœtus de poids fréquemment un peu supérieur à la moyenne.

Deux facteurs ressortent donc par leur fréquence :
 - la primiparité ; 80 pour 100, nous avons vu que la fréquence des extractions en variété postérieure diminue rapidement quand augmente la parité.
 - l'association sinon à un gros fœtus du moins très souvent à un discret excès de poids.

La tonicité des releveurs devrait théoriquement être un facteur favorisant la rotation céphalique. Peut-être à l'origine du trouble dans l'évolution de la tête doit-on **rechercher** une dystocie dynamique non totalement corrigée par la direction du travail, le poids de l'enfant souvent un peu élevé vient aggraver cette situation.

L'absence de rotation et la mauvaise flexion constituent en dehors d'une atteinte du bassin, des éléments mécaniques défavorables.

Si ces éléments ne sont pas corrigés commence une période de stagnation de la tête incapable d'évoluer spontanément, ou évoluant très lentement, risquant de s'arrêter en position transverse, rendant alors l'extraction plus dangereuse comme en témoignent les statistiques.

Cette période de stagnation est très mal supportée par le fœtus, c'est fréquemment à cette période qu'apparaissent les signes de souffrance. - Le forceps aura pour but de rompre cet enchainement en rétablissant des conditions sinon parfaites du moins suffisamment bonnes pour que comme nous l'avons vu, on ait pu après rotation et flexion sans extraction, retirer les cuillères et assister à l'évolution rapide et spontanée de l'accouchement.

Il ne doit pas y avoir opposition entre forceps et intervention césarienne. C'est le problème de l'épreuve du travail qui doit juger non seulement de l'engagement obtenu dans des conditions acceptables, mais aussi de l'évolution de la tête à la partie haute de l'excavation.

Une extraction par forceps sur une tête bloquée à la partie haute, après un engagement forcé, risque fort de se solder par une catastrophe.

Le problème de l'absence d'engagement et le refus d'obtenir celui-ci par la force est réglé par la césarienne ; il est difficile d'en poser d'emblée l'indication lorsque la tête étant engagée à la partie haute de l'excavation, la seule anomalie qui semble responsable de la stagnation du travail, le bassin paraissant normal, est le défaut de rotation et la mauvaise flexion. C'est dans ces cas qui sont devenus rares que peut être tenté, en salle d'opération, un forceps d'essai, le "trial forceps". L'extraction par voie haute s'imposant si la tentative se révèle périlleuse. Ces applications à la partie haute sont devenues rares, la direction du travail permettant d'obtenir quand le bassin n'est pas en cause, un complément de descente.

A la partie moyenne de l'excavation, l'utilisation du forceps comme agent de rotation et de flexion semble parfaitement justifiée : Elle corrige les éléments mécaniques défavorables et surtout écourte la période d'expulsion. La morbidité néonatale semble bien plus imputable à une souffrance foetale antérieure ou surtout apparue après une phase d'arrêt prolongé dans l'excavation qu'à l'extraction elle-même. L'indication du forceps étant d'ailleurs souvent portée sur l'existence ou l'apparition des signes de souffrance foetale.

"Le renom de l'accoucheur ne doit plus reposer sur la virtuosité technique déployée lors d'une intervention de nécessité imposée par une souffrance foetale. Nous n'avons plus le goût pour les extractions difficiles, pour les épreuves de force, pour les descentes en rappel à l'aide de lacs ; les anciens Maîtres les terminaient épuisés congestifs, couverts de sueur, et pourtant fiers de leur exploit, prêts s'ils l'avaient pu à se faire photographier au sommet du promontoire vaincu". (- Granjon. Chevallier. Parent. -)

Plus de forceps élevés sur des têtes déformées dont l'engagement est bien difficile à affirmer. Le travail doit évoluer de façon satisfaisante, si la progression cesse, la cause doit être cherchée, et la correction apportée sans retard ; sinon très vite vont apparaître des signes alarmants dans un tableau clinique brouillé, où la part des facteurs maternels et foetaux est bien difficile à faire ? D'une conduite de choix, on est passé à une conduite de nécessité ; les statistiques s'en ressentent quelle que soit la voie adoptée.

Un élément essentiel dans le choix de la conduite à tenir tient bien entendu à l'exacte appréciation de la situation de la tête dans l'excavation. Il ne s'agit plus de saisir une tête au-dessus du détroit supérieur, de vaincre un promontoire ou de descendre de force, en tirant sur des lacs ou sur un palonnier, une présentation dont les dimensions sont incompatibles avec celles du bassin, mais de tenter de corriger quand l'analyse des rapports foetaux-pelviens l'autorise, un défaut de position de la tête.

Quant à l'élément souffrance foetale, il est bien difficile à apprécier avec exactitude. Les méthodes de monitoring obstétrical modernes, la détermination du Ph. foetal par micro-prélèvement et micro-dosage pendant le travail, apportent déjà des éléments objectifs permettant de mieux orienter les indications, et on sait que si ces examens n'ont guère fait varier le nombre de césariennes, ils ont bien souvent modifié les indications, permettant dans certains cas de poursuivre une tentative d'extraction par voie basse lorsque les données biologiques sont rassurantes, invitant à extraire par voie haute et très vite dans le cas contraire.

RESUME DES OBSERVATIONS

Ges... Denise Ipare de 21 ans

Forceps de Demelin avec lacs pour défaut de rotation, sur sommet en D.P. à la partie moyenne et absence de progression. Extraction d'un garçon vivant criant après décobstruction, pesant 3640 gr.

R.U. - déchirure cervicale suturée
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Fav... Anne-Marie Ipare de 19 ans

Forceps de Suzor avec lacs. Applications systématiques à la partie basse pour R.M. Prise en O.S. tentative de rotation échec. Extraction en O.S. d'un garçon pesant 3000 gr. criant après désobstruction.

Périnée D.A.
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Pla... Irène 3ème geste de 26 ans

Application de forceps de Demelin avec lacs sur sommet en D.P. pour défaut de rotation, efforts expulsifs inefficaces. Extraction d'un garçon pesant 3250 gr. criant aussitôt. Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Ric... Arlette Ipare de 19 ans

Forceps de Demelin avec lacs pour tuberculose pulmonaire ancienne, souffrance foetale (B.D.C. Lents), fatigue maternelle.

Prise à la partie haute-traction-rotation. Extraction d'un garçon pesant 3500 gr. criant aussitôt. Episio D.A.
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Ham... Raymonde Ipare de 24 ans

Forceps de Tarnier à la partie basse pour efforts expulsifs inefficaces, sur sommet en O.I.D.P. Rotation-flexion-extraction d'un garçon pesant 3500 gr. criant aussitôt. Périnée simple

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Ayo... Jeannine Ipare de 19 ans

Forceps de Demelin avec lacs à la partie moyenne sur sommet en G.P. pour défaut de rotation et de progression. Episio-flexion-extraction d'une fille pesant 3620 gr. criant aussitôt D.A.

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Mar... Anna Ipare de 29 ans

Forceps de Demelin avec lacs sur sommet en D.P. à la partie haute. Réduction de l'asynclitisme-rotation en O.P. extraction d'une fille pesant 2980 gr. criant aussitôt

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Fag... Ginette Ipare de 25 ans
 Forceps de Demelin avec lacs pour fatigue maternelle, modification des B.D.C. Prise en D.P. rotation-extraction en O.P. d'un garçon pesant 3160 gr. criant après les soins habituels. Doubles circulaires du cordon D.A. Périnée Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Pas... Luisia Ipare de 17 ans
 Forceps de Tarnier sur sommet en G.P. pour agitation maternelle. Prise à la partie moyenne-descente-rotation extraction en O.P. d'un garçon pesant 3400 gr. (circulaire du cordon) criant après désobstruction D.A.

Choc maternelle : transfusion
 suites maternelle : R.A.S. Foetale : paralysie faciale gauche rapidement régressive.

Jal. Ginette Ipare de 22 ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne pour défaut de rotation et de rotation prise en O.I.D.P. - extraction en O.S. d'un garçon pesant 3800 gr. criant après désobstruction Episio.
 Suites maternelle : R.A.S. foetale : Paralysie faciale rapidement régressive.

Heb.Djema Ipare de 22 ans
 Forceps de Suzor avec lacs sur sommet en D.P. à la partie moyenne pour défaut de rotation et de progression, agitation maternelle. Rotation en O.P. extraction d'un garçon pesant 3690 gr. criant après désobstruction
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Bar... Elisabeth Ipare de 27 ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne sur sommet en D.P. pour modification des B.D.C. Crâne mal ossifié. Prise en D.P. rotation-2ème prise-extraction d'une fille pesant 3600 gr. criant après désobstruction
 Suites maternelle : R.A.S. foetale : céphalématome

Poi... Jacqueline Ipare de 23 ans
 Forceps de Tarnier sur sommet en G.P. à la partie moyenne (hystérotomie en 1954 pour utérus double). Rotation-extraction d'une fille pesant 2960 gr. criant aussitôt
 D.A. vérification de la cavité utérine
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Gle... Irène 5ème geste Ipare de 25 ans
 Forceps de Demelin sur sommet en D.P. à la partie moyenne pour défaut de rotation et de progression. Prise en D.P.

rotation-2ème prise-extraction d'un garçon pesant 3600 gr.
criant après les soins habituels. Périnée simple.
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Mai... Marie-Thérèse Ipare de 37 ans
Liquide teinté. Forceps de Suzor avec lacs sur un sommet
en O.S. à la partie basse pour mauvais efforts expulsifs.
Grande rotation, extraction en O.P. d'une fille pesant 2380
gr. criant aussitôt.
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Saf... Saadia Ipare de 21 ans
Forceps de Suzor à la partie basse pour souffrance foetale
et efforts expulsifs inefficaces
Rotation à l'aide d'une cuillère Prise en directe extrac-
tion d'un garçon pesant 3500 gr. criant après désobstruc-
tion
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Gui... Yvonne Ipare de 24 ans
Forceps de Tarnier à la partie basse, tête en O.I.D.P.
pour souffrance foetale. Extraction d'une fille pesant 2480
gr. criant aussitôt
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Vad... Yvonne Ipare de 23 ans
Forceps de Tarnier pour arrêt de la progression-absence de
rotation et fatigue maternelle
Prise en O.I.D.P. à la partie basse-rotation en O.I.D.A. -
2ème prise extraction d'un garçon pesant 3600 gr. criant
après courte réanimation
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Lev... Honorine Ipare de 21 ans - grossesse prolongée
Forceps de Demelin à la partie haute pour souffrance foeta-
le, liquide méconial prise en O.I.G.P. rotation en O.P.
2ème prise en O.P. extraction d'une fille pesant 4050 gr.
criant après réanimation
Suites maternelle : choc
foetale : passage en pédiatrie

Gro... Andrée Ipare de 27 ans
Application de forceps de Tarnier en D.P. pour non progres-
sion. 1ère prise en O.I.D.P. rotation 2ème prise en O.P.
Extraction d'une fille pesant 3100 gr. criant aussitôt
Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Wet... Denise Ipare de 23 ans

Forceps de Tarnier à la partie moyenne pour non progression et défaut de rotation. Sommet en O.I.G.P. 1ère prise en G.P. rotation-extraction en O.P. d'une fille de 3020 gr. criant après désobstruction

Suites maternelle : périnée simple

Suites foetale : ébauche de paralysie faciale droite rapidement disparue

Len... Denise Ipare de 20 ans

Forceps de Tarnier en O.I.G.P. pour indocilité maternelle. 1ère prise en G.P. rotation - 2ème prise en directe extraction d'une fille criant aussitôt pesant 3440 gr.

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Ver... Angèle Ipare de 29 ans

R.W. + depuis l'âge de 4 ans Nelson à 65% à l'accouchement Application de forceps de Tarnier pour non progression à la partie basse après 30mn. d'efforts expulsifs. Prise en O.I.G.P. dégagement en O.P. extraction d'un garçon pesant 2930 gr. criant après désobstruction

Suites maternelle et foetale : R.A.S. (hématémèse foetale)

Niv... Mauricette Ipare de 23 ans

Application de forceps de Tarnier sur sommet en O.I.G.P. à la partie basse pour non progression. Prise en O.I.G.P. rotation en O.P. extraction d'une fille pesant 2700 gr. criant aussitôt

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Die... Eliane Ipare de 22 ans

Application de forceps de Suzor à la partie moyenne sur sommet en O.I.D.P. - O.S. pour non progression et défaut de rotation

1ère prise en O.S. rotation 2ème prise en O.P. extraction d'une fille pesant 3500 gr. criant aussitôt.

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Aba... Simone Ipare de 22 ans

Forceps de Tarnier à la partie moyenne sur sommet en O.S. pour non progression et ralentissement des B.D.C.

Prise en O.S. rotation en O.P. 2ème prise - extraction d'une fille pesant 3360 gr. criant après désobstruction

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Ada... Djedjija Ipare de 18 ans

Forceps de Tarnier sur sommet en G.P. mal fléchie. Prise à la partie moyenne 1ère prise en G.P. - rotation - 2ème prise - extraction d'un garçon pesant 3460 gr. criant après

désobstruction

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Ben... Monique Ipare de 21 ans

Forceps de Tarnier sur sommet en D.P. à la partie moyenne pour non progression 1ère prise en D.P. - rotation -2ème prise -extraction difficile d'un garçon pesant 3700 gr.

D.A. épisio

Suites maternelle : R.A.S. suites foetale : paralysie faciale gauche rapidement régressive

Che... Ginette Ipare de 23 ans

Application de forceps de Tarnier à la partie moyenne de l'excavation pour souffrance foetale et non progression d'une variété postérieur mal fléchi 1ère prise en D.P. rotation-retour de la tête en position postérieure-extraction en O.S. Fille vivante criant aussitôt 3190 gr.

Suites maternelle : périnée simple. Suites foetale : R.A.S.

Lai... Geneviève Ipare de 22 ans

Rupture de la P.D.E. sur céphalique plongeante : liquide méconial Application de forceps de Tarnier à la partie moyenne pour non progression efforts insuffisants, souffrance foetale.

Rotation en O.P. extraction d'un garçon de 3310 gr. criant aussitôt.

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Car... Denise Ipare de 20 ans

Forceps de Demelin avec lacs sur sommet en O.I.D.P. à la partie haute pour arrêt de la progression-fatigue maternelle-hypertension. Prise en D.P. -rotation-extraction d'un garçon de 3700 gr. criant aussitôt D.A. épisio.

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Leg... Odette 5ème pare de 33 ans

Rupture de la P.D.E. à 5cm liquide méconial agitation maternelle. 1ère prise en D.P. - rotation -2ème prise-extraction en O.P. d'une fille pesant 3960 gr. criant après les soins habituels

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Mil... Annick Ipare de 24 ans

Forceps de Suzor à la partie moyenne pour non progression ralentissement des B.D.C. Prise en D.P. -rotation-extraction en O.P. d'un garçon pesant 2680 gr. criant après désobstruction. Suites maternelle : R.A.S.

Suites foetale : paralysie faciale droite rapidement régressive.

Ber... Célestine Ipare de 28ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne pour non progression
 de la présent. tête en O.I.D.P. et absence de rotation,
 mauvais efforts expulsifs. Prise en O.I.D.P. rotation en
 O.P. 2ème prise extraction d'une fille de 3420 gr. respi-
 rant et criant aussitôt
 Suites maternelle simples - suites foetale : céphalématome
 régression rapide

Ron... Edith 3ème geste de 25 ans
 Forceps de Tarnier prise en O.I.G.P. extraction d'un gar-
 çon de 2640 gr. criant après désobstruction
 Suites maternelle et foetale simples

Hadj... 6ème pare de 27 ans
 Forceps de Demelin pour inefficacité des contractions uté-
 rines. Tête engagée à la partie haute. Rotation - extrac-
 tion d'un garçon de 3850 gr. criant après désobstruction
 D.A. pour hémorragie de la délivrance
 Suites maternelle et foetale simples

Pea... Myriame Ipare de 28 ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne pour non progression
 et défaut de rotation sur sommet en G.P.
 Rotation-descente -extraction d'un garçon de 3770 gr.
 criant après désobstruction
 Suites maternelle et foetale simples

Lep... Madeleine Ipare de 38 ans
 Forceps de Suzor à la partie haute pour non regression
 défaut de rotation et fatigue maternelle
 Prise en O.I.D.P. rotation-traction-extraction d'une fille
 de 3660 gr. criant aussitôt
 Suites maternelle et foetale simples

Bout... Andrée Ipare de 28 ans
 Forceps de Tarnier à la partie haute pour modification des
 B.D.C. Prise en O.I.D.P. abaissement, rotation en O.P. ex-
 traction d'un garçon de 3600 gr. criant après désobstruc-
 tion
 Suites maternelle : périnée complet
 Suites foetale : R.A.S.

Imb... Marie-Thérèse Ipare de 27 ans
 Forceps de Suzor avec lacs pour non progression, efforts
 expulsifs inefficaces. Prise en O.I.D.P. à la partie haute
 rotation en O.P. 2ème prise-extraction d'un garçon de 3010
 gr. criant après désobstruction.

Suites maternelle et foetale simples.

Gue... Thérèse Ipare de 27 ans
rupture spontanée de la P.D.E. : liquide teinté.
Forceps de Tarnier en salle d'opération pour non progression. Tête à la partie haute engagée en O.I.D.P.
Prise en O.I.D.P. -rotation en O.P. -2ème prise-extraction d'un garçon de 3460 gr. criant après désobstruction
Suites maternelle et foetale simples

Pro... Jeannine 2ème geste de 28 ans
Forceps de Tarnier pour non progression, sommet en O.I.D.P.
1ère prise en O.I.D.P. rotation en O.P. - 2ème prise-extraction d'une fille de 3980 gr. criant aussitôt
Suites maternelle et foetale simples

Eli... Flora 2ème geste de 28 ans
P + Forceps de Tarnier à la partie haute pour modification des B.D.C. Prise en O.I.D.P. - rotation en O.P. - 2ème prise -extraction d'un garçon de 3700 gr. criant après les soins habituels
Suites maternelle et foetale simples

Laur... Huguette 2ème pare de 30 ans
Césarienne en 1951 pour non engagement, fille de 4250 gr.
Forceps de Tarnier à la partie moyenne pour mauvais efforts et césarienne antérieure. Prise en O.I.G.P. -rotation extraction d'une fille de 3600 gr.
D.A. systématique. vérification de la cavité.
Suites maternelle et foetale simples

Moe... Fernande 2ème geste de 23 ans
Gemellaire ; 1er jumeau en O.I.G.P. à la partie moyenne extraction d'une fille de 2460 gr. criant aussitôt
2ème jumeau grande extraction
Suites maternelle et foetale simples

Ren... Charlotte Ipare de 33 ans
Défaut de progression, prise en O.I.G.P. à la partie haute. Tentative de rotation : échec.
Extraction en O.S. d'un garçon de 3420 gr. criant après désobstruction.
Suites maternelle simples ; suites foetale : céphalématome régression rapide

Gol... Annick Ipare de 23 ans
Forceps de Demelin en O.I.G.P. à la partie moyenne, asynclitisme +++
+++

Réduction de l'asynclitisme-rotation-2ème prise en O.P.
extraction d'un garçon de 3310 gr. respirant et criant aussitôt.

Suites maternelle : afibrinogénémie, mort au 3ème jour
dans un tableau d'insuffisance rénale avec collapsus
autopsie : nécrose corticale rénale bilatérale
Suites foetale : R.A.S.

Des... Denise Ipape de 27 ans
Forceps de Tarnier en O.I.G.P. à la partie moyenne pour
non progression et non rotation
Prise en O.I.G.T. -rotation-extraction d'un garçon de 3180
gr. criant après les soins habituels
Suites maternelle et foetale simples

Bou... Evelyne 3ème geste de 34 ans
Liquide méconial. Forceps de Tarnier en O.I.G.P. à la
partie moyenne pour souffrance foetale. Rotation en O.I.G.
A. -2ème prise en extraction d'une fille de 4070 gr. criant
après les soins habituels
Suites maternelle : R.A.S.
Suites foetale : céphalématome régressant rapidement

Nob... Simone Ipape de 29 ans
Rupture de la P.D.E. à P.P.GP liquide méconial. Perfusion
Forceps de Tarnier sur tête à la partie moyenne en O.I.D.P.
pour souffrance foetale et non progression. Prise en O.I.
D.P. Rotation, 2ème prise en antérieur extraction en O.P.
Garçon de 3020 gr. criant après désobstruction
Suites maternelle : R.A.S.
Suites foetale : paralysie faciale droite, régression
rapide

Fei... Luisa Ipape de 27 ans
Forceps de Tarnier à la partie basse, extraction en O.S.
Fille de 4000 gr. respirant et criant aussitôt
Suites simples

Poi... Micheline Ipape de 15 ans
Forceps de Tarnier en G.P. à la partie moyenne pour souffrance
foetale et non progression. 1ère prise en O.I.G.P.
rotation, 2ème prise extraction d'un garçon mort-né de
3330 gr. non réanimable.
Suites maternelle simples

Mor... Claudine Ipape de 29 ans
Forceps de Tarnier à la partie moyenne en O.I.G.P. pour
mauvais efforts expulsifs et non progression

Ière prise en O.I.G.P. rotation, 2ème prise en O.I.G.A., traction extraction d'une fille respirant et criant aussitôt de 3510 gr.
Suites simples

Pel... Chantal Ipore de 19 ans
Forceps de Tarnier à la partie basse pour non progression.
Extraction en O.S. d'une fille de 4350 gr.
Liquidé légèrement teinté, enfant encombré, endormi.
Suites maternelle et foetale simples

Cor... Marie-Rose Ipore de 21 ans
Forceps de Tarnier à la partie basse pour agitation maternelle. Prise en O.I.D.P. Rotation. 2ème prise en O.P. extraction en O.P. d'un garçon de 3560 gr. respirant et criant aussitôt.
Suites maternelle et foetale simples

Roi... Marie Ipore de 21 ans
Forceps de Démelin avec lacs sur tête en O.S. à la partie haute extraction en O.S. d'une fille de 3180 gr. criant après les soins habituels.
Suites maternelle et foetale simples.

Cas... Christiane 2ème geste 2ème pare
Forceps de Demelin avec lacs sur céphalique à la partie haute. Tête mal ossifiée. Mauvais efforts expulsifs. Agitation maternelle. Prise en O.I.D.P. Rotation en O.S. extraction en O.S. d'une fille de 3880 gr. respirant aussitôt.
Suites maternelle : périnée complet compliqué
Suites foetale : R.A.S.

Ouas... Laho... 2ème geste 2ème pare de 20 ans
1960 : Césarienne pour dystocie cervicale, fille de 3300 gr.
Forceps de Tarnier en O.I.D.P. à la partie haute, rotation extraction en O.P. d'un garçon de 3300 gr. criant après désobstruction
Vérification de l'intégrité utérine.
Suites maternelle simples - suites foetale simples

Car... Viviane Ipore 2ème geste de 20 ans (F.C. de 3mois en 1961)
Forceps de Demelin avec lacs sur tête en O.I.D.P. pour non progression et défaut de rotation
Prise en D.P. - rotation - 2ème prise en O.P. extraction d'une fille de 3370 gr. criant après désobstruction.
Suites maternelle et foetale simples

Gui... Marie-Françoise Ipare de 22 ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne pour non progression
 et non rotation sur céphalique à la partie moyenne
 Prise en O.I.G.P. -rotation en O.P. extraction d'un garçon
 de 3970 gr. criant après désobstruction.
 Suites maternelle : périnée complet
 Suites foetale : R.A.S.

Leb... Françoise 2ème pare de
 Forceps de Tarnier à la partie basse pour mauvais efforts
 expulsifs. Prise en O.I.D.P. - dégagement en O.S. d'une
 fille de 2750 gr. criant aussitôt
 Suites maternelle et foetale simples

Car... Micheline 3ème geste 2ème pare de 31 ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne -partie basse pour
 refus de tout effort expulsif. Prise en G.P. dégagement
 d'un garçon pesant 3850 gr. criant après désobstruction
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Lef... Raymonde 2ème pare de 19 ans
 Tentative de Demelin sur sommet en O.I.D.P. à la partie
 haute : échec.
 Tentative de Tarnier : échec
 Appel à l'assistant : forceps de Tarnier prise en O.I.D.P.
 rotation 2ème prise-extraction en O.P. d'un garçon pesant
 3550 gr. endormi respirant aussitôt, criant après 20mn de
 soins.
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Gir... Mauricette Ipare de 28 ans
 Mauvaises contractions utérines. Forceps de Tarnier en O.I.
 G.P. -rotation en O.S. extraction d'un garçon pesant 3700
 gr. endormi, criant après les soins habituels
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Fli... Françoise Ipare de
 Travail hypertonique, Forceps de Demelin avec lacs sur som-
 met en O.I.D.P. Travtion-Rotation en O.S. extraction d'un
 garçon vivant pesant 3380 gr. criant aussitôt
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Ede... 2ème pare de 39 ans Tuberculose pulmonaire
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne sur sommet en posi-
 tion postérieur. Extraction en O.S. d'un garçon pesant
 3800 gr. criant après désobstruction.
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Del... Marie Ipare de 31 ans
 R.M. bien compensé. Forceps de Tarnier sur sommet en D.P.-
 D.T. Rotation-extraction en O.P. d'une fille pesant 2800
 gr. criant aussitôt.
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Dou... Annie Ipare de 17 ans
 Antécédents : nephrectomie gauche néphrite interstitielle
 Forceps de Demelin sur tête en O.S. grande rotation -2ème
 prise en O.I.G.A. extraction d'une fille de 3600 gr. légè-
 rement endormie
 Suites maternelle : hémorragie de la délivrance Transfu-
 sion, utérotonique
 Suites foetale simples

Lan... Marie Bernadette Ipare de 24 ans
 H.T.A. en fin de grossesse
 Rupture provoquée de P.D.E. à 5cm; liquide clair
 Forceps de Demelin à la partie haute en O.I.G.P. tête
 asynclite ; tentative d'extraction en O.S. : échec
 Rotation facile en O.I.G.A. 2ème prise-extraction facile
 en O.P. d'une fille de 3320 gr. Hypotonique, respirant
 après 10 mn. de soins
 Enfant décédé 4 heures plus tard
 Suites maternelle simples adressée en néphrologie
 dystocie du détroit moyen inter-épineux 9cm.

Ar... Flora Ipare de 27 ans
 Forceps de Demelin avec lacs pour arrêt de progression à la
 partie moyenne-tête en O.I.D.P. 1ère prise en O.I.D.P. -
 rotation-2ème prise en directe -extraction d'un garçon de
 3550 gr. respirant et criant aussitôt
 Suites maternelle et foetale simples

Cha... Trinidad Ipare de 27 ans
 Forceps de Tarnier à la partie basse sur tête en O.I.D.P.
 pour mauvais efforts expulsifs. 1ère prise en O.I.D.P. -
 -rotation - 2ème prise en O.I.D.A. extraction d'un garçon
 respirant et criant aussitôt
 Suites maternelle et foetale simples

Blan... Maria Ipare de 35 ans
 Dystocie du détroit moyen Tête en O.I.D.P. fort asynclitisme
 Demelin avec lacs. Evolution difficile de la tête dans
 l'excavation. Rotation à la partie basse - 2ème prise en
 directe, extraction d'une fille de 4000 gr. criant après
 désobstruction
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Aia... Arlette Ipare de 25 ans

Forceps de Tarnier à la partie moyenne pour non progression

Application en O.I.G.P. - rotation - extraction facile

d'une fille de 2400 gr. criant aussitôt

Suites maternelle et foetale simples

Ser... Marguerite

Forceps de Demelin avec lacs sur tête en O.I.G.P. à la partie moyenne. La rotation n'est possible qu'à la partie basse - extraction en O.P. d'une fille de 3500 gr. criant aussitôt.

Suites maternelle et foetale simples.

D.R. Ipare de 27 ans

Forceps de Demelin avec lacs. Partie moyenne en O.I.D.P. rotation-traction-extraction d'un garçon vivant criant aussitôt poids 3000 gr.

Episio D.A.

Suites maternelle : R.A.S.

Suites foetale : R.A.S.

Mart... Jeannine Ipare de 35 ans

Terme dépassé de 13 jours liquide altération des B.D.C.

Forceps de Tarnier prise à la partie moyenne en O.I.D.P.

extraction d'un garçon de 2690 gr. réanimé souffrance foetale ancienne

I5-I-65 P.L. : sanglante

Dystocie du détroit moyen confirmé à la pelvimétrie

Ri... Nicole Ipare de 22 ans

Forceps de Demelin avec lacs pour dystocie du détroit moyen. Tête en O.I.D.P. à la partie moyenne. Rotation-extraction

en O.P. Fille de 3980 gr. criant aussitôt

D.A. suites maternelle : R.A.S.

suites foetale : R.A.S.

Sou... Denise IIème geste IIème pare 25 ans (I963 garçon de 3750 gr.)

Périnée cicatriciel

Forceps de Demelin avec lacs. Céphalique en O.S. à la partie moyenne. Prise en direct-extraction en O.S. pour dystocie dynamique garçon de 3740 gr. respirant et criant aussitôt. D.A. systématique

Suites maternelle : R.A.S.

Suites foetale : R.A.S.

Iru... Stella Ipare de 25 ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne sur tête en O.I.D.P.
 rotation - 2ème prise en O.I.D.A.
 Fille vivante, criant après courte réanimation et désobstruction, pesant 3400 gr. épisio
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Lef... Anna 5ème pare de 39 ans
 Forceps de Tarnier en O.I.G.P. pour :
 - modification des B.D.C.
 Prise en O.I.G.P. à la partie moyenne - rotation - 2ème prise en O.I.G.A. extraction d'une fille de 3120 gr. criant aussitôt

Sa... Elise Ipare de 28 ans
 Forceps de Tarnier pour non progression à la partie moyenne tête en O.I.D.P.-O.S.
 Prise en O.I.D.P. - rotation en O.P. - 2ème prise-extraction facile d'une fille de 3800 gr. criant aussitôt épisio
 Suites maternelle et foetale simples

Silv... Rolande Ipare de 35 ans
 Forceps de Tarnier à la partie haute en O.I.G.P. pour non progression. Rotation - 2ème prise-extraction O.P. d'un garçon de 3400 gr. criant aussitôt
 Suites maternelle et foetale simples

Rob... Mireille 2ème pare de 30 ans
 Forceps de Tarnier sur tête en O.I.G.P. à la partie haute
 Rotation-extraction d'un garçon de 4300 gr. criant aussitôt.
 Suites maternelle et foetale simples.

Leje... Yveline Ipare de 23 ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne en O.I.D.P.
 Descente-rotation-extraction d'un garçon de 4200 gr. criant aussitôt
 Suites maternelle et foetale simples

Gom... Ipare de 31 ans
 Forceps de Tarnier à la partie haute en O.I.G.P.
 Extraction en O.S. d'un garçon de 3650 gr. Paralysie bras gauche P.L. liquide xanthochromique. Sortie : amélioration de la paralysie (50%) Bon état par ailleurs

Tour... Ipare de 26 ans
 Forceps de Tarnier à la partie moyenne. Prise directe en
 O.S. extraction d'une fille de 3540 gr. respirant et criant
 aussitôt
 Suite maternelle et foetale simples

Longu... Ipare de 20 ans
 Forceps de Suzor à la partie moyenne en O.I.D.P. extraction
 (rot. ?) fille de 3090 gr. respirant et criant aussitôt
 Suites maternelle et foetale simples

Mart... Maria 2ème pare de 22 ans (gros. antér. A.N.T.
 4700 gr.)
 Céphalique en D.P. à la partie haute très défléchie.
 Forceps de Tarnier Hyper Flexion rotation en D.A.
 2ème prise D.A. extraction en O.P. d'une fille vivante de
 3500 gr. respirant aussitôt
 Suites maternelle : R.A.S.
 Suites foetale : céphalématome, suites simples

BIL... Jeannine Ipare de 22 ans
 Céphalique engagée à la partie moyenne en O.I.G.P. Indica-
 tion pour agitation maternelle +++
 Prise en O.I.G.P. - rotation. 2ème prise en O.P. - traction
 extraction d'un garçon vivant respirant et criant aussitôt
 D.A. systématique
 Suites maternelle : hémorragie de la délivrance, utérus hy-
 potonique.
 R.U. immédiate, vérification de l'intégrité utérine
 Vérification des culs de sacs : R.A.S.
 Vérification du vagin : R.A.S.
 Méthergin I.V. - hémisuccinate - transfusion. Arrêt de
 l'hémorragie suites simples

Suzanne Ipare de 35 ans
 Forceps de Tarnier systématique pour tuberculose pulmonaire
 céphalique à la partie basse en O.I.D.P. Prise en O.I.D.P.
 Rotation - 2ème prise en O.P. - extraction d'une fille vi-
 vante criant aussitôt pesant 3200 gr.
 Suites maternelle : pyrexie du 7ème jour infection urinaire
 Suite foetale : R.A.S.

Per... Marie-Céleste Ipare de 21 ans
 Forceps de Tarnier pour arrêt de la progression céphalique
 à la partie moyenne en O.I.D.P. Prise en D.T. rotation -
 extraction d'un enfant de 3150 gr. respirant aussitôt.
 Suites maternelle et foetale simples

Com... Claude Ipare de 32 ans
 rupture provoquée de la P.D.E. à petite paume : liquide
 méconiale perfusion
 Application de Forceps de Tarnier à la partie haute en O.I.
 D.P. Prise en O.I.D.P. rotation en O.P.
 2ème prise en directe-traction-extraction d'une fille vi-
 vante criant après désobstruction et oxygène, pesant 3550
 gr.
 Suite maternelle : R.A.S.
 Suite foetale : R.A.S.

Au... Suzanne Ipare de 21 ans
 Forceps de Tarnier à la partie haute pour non progression
 tête en O.I.D.P. - O.S. Prise directe-traction-extraction
 en O.S. d'un garçon vivant criant après désobstruction
 Suites maternelle et foetale simples

Col... Renée Ipare de 20 ans
 Application de forceps de Tarnier à la partie moyenne pour
 non progression Prise en O.I.D.P. Rotation - 2ème prise en
 O.P. Extraction d'un garçon vivant criant aussitôt pesant
 3380 gr.
 Suites maternelle et foetale simples

Sor... Monique Ipare de 22 ans
 Application de Forceps de Tarnier pour non progression à
 la partie moyenne Prise en D.P. rotation - 2ème prise en
 O.P. Extraction d'un garçon de 3190 gr. criant après dé-
 sobstruction
 Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Sil... Théodora Ipare de 23 ans
 grossesse de 8 mois, travail d'évolution rapide, forceps
 de Tarnier en O.I.G.P. à la partie moyenne pour hémorragie
 maternelle et prématurité. Extraction d'une fille de 2510
 gr. vivante Pas de petit coté à l'examen du placenta
 Suites maternelle et foetale simples

Mar... Isabelle 2ème geste Ipare de 33 ans
 Application de Forceps de Tarnier en G.P. à la partie hau-
 te pour non progression. Prise en G.P. descente-rotation-
 extraction d'une fille vivante criant après désobstruction
 pesant 3130 gr.
 Suites maternelle et foetale simples

Gri... Suzanne Ipare de 26 ans
 Forceps de Tarnier pour non progression (hypo. de fréquen-
 ce et d'intensité) Tête en O.I.G.P. à la partie basse

Prise en O.I.G.P. - rotation - 2ème prise en O.P. extraction d'un garçon de 4000 gr. criant aussitôt
Suites maternelle et foetale simples

Osg... Raymonde 2ème pare 2ème geste de 27 ans (1963 garçon de 3520 gr.)

Excès de liquide. Rupture à grande paume : liquide teinté
Tête engagée en D.P. tourne en D.T. Arrêt de la progression partie moyenne - partie haute. Prise en D.T. Rotation en O.P. difficile 2ème prise en O.P. Extraction d'un garçon de 3800 gr.

- double circulaire du cordon

- cordon teinté

Suites maternelle simples

Suites foetale : paralysie faciale gauche geint pendant deux heures amélioration rapide par réchauffement et oxygène sortie au 10ème jour : régression de la paralysie faciale bon état général.

Cal... Encarnation Ipape de 25 ans

Forceps de Tarnier pour non progression tête engagée partie haute en O.I.D.P. Prise en O.I.D.P. - rotation en O.P. 2ème prise-extraction d'une fille vivante criant aussitôt pesant 3100 gr.

Suites maternelle et foetale : R.A.S.

Gro... Paulette Ipape de 27 ans

Forceps de Tarnier à la partie moyenne en O.I.G.P.

Extraction en O.P. d'une fille de 4320 gr. criant aussitôt

Suites maternelle : périnée complet I point sur la muqueuse rectale, suites simples

Suites foetale : R.A.S.

Vu le Président de Thèse

Pr. MORIN

Vu le Doyen de la Faculté
Lariboisière-St-Louis

Pr. BERNIER

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

L'emploi des forceps dans les occipito postérieures

ARNOT P.H.

Conduite à tenir dans les occipito-postérieures
Rapport au III^e Congrès mondial de Gynécologie,
Vienne, 3 - 9 sept. 1961. Congressprint Romayor,
edit. Vienne 3 - 9 sept. 1961, Congressprint
Romayor, édit., vienne, 1961 2 430 (texte anglais).

BRUNIQUEL G.

A propos des rotations instrumentales et naturel-
les dans les occipito iliaques droites postérieu-
res. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Juil.-sept.
1961, 13 n° 4, 437-438

BLOOM O.H.

Un nouveau forceps tournant pour les présentations
occipito-postérieures et occipito-transverses.
Am. J. Obst. av. 1950 59 n° 4, 924-925, 3 fig.

CHALMERS J.A.

Le traitement de la malrotation de l'occiput.
J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. sept. 1968, 75 n° 9
889-891 (Bibliogr.)

DANFORTS D.N.

Une méthode de rotation de l'aide du forceps dans
les occipito-postérieures qui n'évoluent pas.
Am. J. Obst. Gyn. janv. 1953, 120-126, 4 fig.
(Bibliogr.)

GAGNON J.

Le forceps Bartom. Son utilité dans les positions
transverses et postérieures droites et gauches.
Union Med. Canada, fév. 1958 77, n° 2, 202

GUYOMAR J.

Valeur obstétricale des spatules de Thierry. A propos de 150 observations. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. mai-juin 1961, 13, n° 3, 267-271

KUSHNER J. et WAHRINGER P.

L'emploi de forceps de Kielland pour les positions occipito-postérieure et occipito-transverse. Am. J. Obst. Gyn. juil. 1946, n° 1, 110-114 (Bibliogr.)

MERGER R. et LEVY J.

La place du forceps sur la tête foetale en présentation du sommet dans l'obstétrique de 1961. Rev. Praticien, 21 mai 1961, 11 n° 15, 1539-1544.

MILES L.M.

L'emploi du forceps de Kielland dans les positions occipito-postérieures et occipito-transverses. Am. J. Obst. Gyn. mars 1948, 55 n° 3 504-510 (Bibliogr.)

SJOSTEDT J.E.

Le vacuum extractor et le forceps en obstétrique, Etude clinique. Acta obst. gyn. scand. 1967, 46 suppl. 10, 9-208, 67 tabl. , 12 fig. (Très import. bibliogr.)

SMITH E.C.

Une technique pour corriger les positions persistantes d'arrêt postérieur et transverse de l'occiput et faciliter la délivrance de la tête foetale au moyen d'une seule application du forceps. Am. J. Obst. Gyn. mai 1957, 73 n° 5, 947-953, 7 fig.

TATELBAUM A.

Une méthode de rotation par forceps dans les positions postérieures. Am. J. Obst. Gyn. mars 1949, 57 n° 3 553-556, 5 fig.

VERMELIN H. et RIBON M.

Applications classiques avec le forceps de Tarnier E.M.C. Obst. fasc. 5095 A30, 5-1961

VIROT G.

Sur les indications respectives des forceps, ventouses et spatules. Orientation personnelle. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. nov.-déc. 1966, 18, n° 5 477.

LACOMME - LEWIN

Les résultats foetaux des applications de forceps
Statistique de la clinique Baudeloque 1956-1966
cynécologie obstétrique 67 n° 3 297-306 (juin-
aout 1968).

COOKE W.A. (Montréal)

Evaluation of the midforceps operation.
American Journal obst. Gyn. J9 n° 3 327-332
Octobre 1967.

